

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 105

Contribution à l'étude
de la
myomectomie au cours de la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André LE BIHAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 6 Septembre 1905 à BREST (Finistère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA MYOMECTOMIE AU COURS DE LA GROSSESSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
de la
myomectomie au cours de la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

e soutenue publiquement le 9 Décembre 1930*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André LE BIHAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 6 Septembre 1905 à BREST (Finistère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBRON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;

CIBERT et ÉPARVIER, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A GRAND'MÈRE

Qui fut toujours si bonne pour
moi.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Je dédie ce modeste travail, gage
bien faible mais combien sincère de
ma reconnaissance infinie et de ma
profonde affection.

A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Clinique gynécologique

Chevalier de la Légion d'honneur

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous faire le grand honneur de la présider.

Il nous a accueilli avec la plus grande bienveillance et nous avons beaucoup bénéficié, dans le cours de nos études, de la clarté de son enseignement.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONTEL

Chef de Clinique gynécologique

Il nous a fait bénéficier de ses
conseils et ne nous a pas ménagé
son temps pour nous aider à l'éla-
boration de ce travail.

Qu'il soit assuré de notre vive
reconnaissance.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS DE L'ÉCOLE
DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
de la MYOMECTOMIE au COURS de la GROSSESSE

Introduction

« Fibrome et grossesse » est une question qu'accoucheurs et chirurgiens ont discuté depuis longtemps et les divers problèmes qui se posent à ce sujet sont mis au point dans les livres classiques.

Toutefois l'idéal de la chirurgie gynécologique actuelle demeure en cette question, plus que partout ailleurs, une chirurgie conservatrice et nous n'en voulons pour preuve, que ce fait que la myomectomie dans ses rapports avec la grossesse était à l'ordre du jour du dernier Congrès de Gynécologie.

En effet, cette intervention permise actuellement par l'asepsie moderne et présentant une technique précise, chaque fois qu'elle est possible, réalise l'intervention de choix en présence d'un fibrome au cours de la grossesse puisqu'elle permet de sauvegarder la vie fœtale et respecte au maximum l'avenir génital de la mère.

Pour apprécier une intervention chirurgicale en principe excellente, seule l'analyse méthodique des résultats compte. Aussi est-ce dans cet esprit que nous avons tenu,

par ce travail, à rechercher à la Clinique gynécologique de Lyon, les différents résultats des myomectomies pratiquées au cours de la grossesse et à essayer d'en préciser les indications opératoires.

Nous remercions vivement M. le Professeur Villard du grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce sujet de thèse et en voulant bien en accepter la présidence.

Nous tenons aussi à remercier M. le Docteur Montel, Chef de Clinique gynécologique, de son aide précieuse et des conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Que MM. les Docteurs Labry et Banssillon trouvent également nos remerciements pour le concours qu'ils nous ont apporté dans la composition de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'époque est encore toute proche où le traitement chirurgical des fibromes, compliquant la grossesse, oscillait entre deux pôles. Tantôt c'était le sacrifice de l'œuf et l'ablation du fibrome par l'hystérectomie, tantôt c'était l'exérèse totale après avoir cueilli le fruit mûr, par l'opération césarienne au terme de la gestation.

Parmi les plus anciennes observations connues, on cite celle de Hauck, en 1856. Il fit l'énucléation vaginale d'un fibrome du col chez une femme en état de grossesse. L'avortement en fut la conséquence.

A la même époque, Danyau, Ogden, Mayo Robson, Vautrin tentèrent la même opération. Mais, devant les nombreux accidents qui en découlaient, elle fut abandonnée. Et ce ne fut pas sans raison, car à cette époque toute intervention abdominale était grevée, même pour l'opérateur le plus habile, de complications très graves : telles que l'infection et les hémorragies. On redoutait alors toute laparotomie importante et cela était encore

plus vrai pour une malade en état de gravidité et par là même, plus disposée à l'infection.

Il en résulte que, jusque vers 1875, la chirurgie ne s'adressa guère qu'à des cas urgents où, presque toujours, l'opérateur avait eu la main forcée par des accidents graves qui exigeaient une intervention immédiate.

En 1873, Martin, de Berlin, la reprit et l'appliqua au traitement des fibromes compliqués de grossesse. Un peu plus tard, Péan, le 15 décembre 1874, pratique une myomectomie chez une femme enceinte de cinq mois. La malade guérit, mais avorta le lendemain de l'opération.

En 1900, Turner publie une statistique dans laquelle il relate 77 myomectomies pratiquées sur des utérus gravidés, faites entre 1874 et 1900.

Ces myomectomies furent faites par voie vaginale ou abdominale, pour des fibromes de toutes sortes : pédiculés, sessiles, interstitiels ou multiples.

Sur ces 77 interventions, on note 16 décès maternels (20,8 %); 18 avortements (ce qui, en y ajoutant les effets des morts maternelles, représentent 45,2 % de mortalité fœtale); 43 femmes ont accouché à terme ou près de l'époque présumée du terme. Mais il est intéressant de scinder cette période en deux : de 1874 à 1890 et de 1890 à 1900 et d'y étudier séparément les résultats acquis.

De 1874 à 1890, chez les 33 malades opérées, on note 12 morts maternelles, soit 36,3 % et 60,6 % de mortalité fœtale.

De 1890 à 1900, les 44 interventions pratiquées n'ont entraîné que 4 morts, soit 9 % de mortalité maternelle et 21 % de mortalité fœtale.

Il est à remarquer que cette opération fut pratiquée, dans la plupart des cas, entre le troisième et le quatrième mois de la grossesse. Jusqu'à cette époque, aucune règle précise n'avait été posée pour réglementer les indications de la myomectomie.

En 1901, la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris ouvre une discussion et précise les conditions de toute intervention sur les fibromes coexistant avec la grossesse. Les conclusions de cette discussion sont : « Les femmes enceintes, atteintes de fibromes, ont le plus souvent une grossesse exempte de complications, qui évolue jusqu'au terme malgré le volume excessif de certains fibromes ; que, par conséquent, l'intervention au cours de la grossesse compliquée de fibromes doit être exceptionnelle et motivée seulement par l'apparition d'accidents graves ; que cependant il ne faudra pas attendre une gravité des accidents telle que ceux-ci soient au-dessus de nos moyens thérapeutiques ».

Ces conclusions réunirent les suffrages de la plupart des accoucheurs français : Pinard, Bar, Ribemont, Des- saignes, Lepage les mirent en applications. Certains chirurgiens comme : Routier, Quénu, Delbet, Segond, Mont-profit, Delagenière, Pozzi se rangèrent aussi à cette règle.

C'est ainsi que Pozzi écrit : « L'expectative est une règle à peu près absolue : alors même que durant la grossesse, le volume, la situation, l'immobilité de la tumeur donneraient l'assurance que l'accouchement sera laborieux, voire même impossible, on ne sera pas autorisé à sacrifier l'enfant. Il faudra attendre le terme de la grossesse ou le début du travail ; c'est alors seule-

ment, suivant les circonstances, qu'on se décidera à intervenir. L'intervention n'est légitimée pendant la grossesse que lorsque surviennent des accidents graves pouvant compromettre la vie de la malade... Ces accidents présentent, au point de vue de l'intervention, une importance très inégale. Les troubles de compression, les hémorragies sont ceux qui, le plus souvent, conduisent à l'opération. Les autres ne sont importants qu'en raison de leur retentissement sur l'état général. Quoi qu'il en soit, lorsque la situation paraît dangereuse, lorsque la vie de la femme semble directement menacée, il ne faut plus temporiser, il faut intervenir d'urgence ».

Du même auteur, on lit : « La myomectomie, au cours de la grossesse, est une opération d'exception qui ne doit être faite qu'en vertu d'une indication impérieuse. La grossesse peut continuer à évoluer et l'accouchement se faire à terme ».

A côté de ces auteurs, qui ont pour règle de conduite l'expectative et qui attendent la menace et l'imminence des complications pour intervenir, d'autres, tels que J.-L. Faure, Schwartz, Condamin, ont la hantise des accidents dont la femme enceinte peut être l'objet. Ils considèrent que la coexistence de fibrome et de grossesse est un danger dont il faut délivrer la femme.

Ils font abstraction complète du produit de conception et se hâtent d'intervenir à la moindre alerte. Aussi Richelot, posant pour la femme le principe « de légitime défense », soutient la nécessité d'opérer, même en dehors de tout accident grave, toutes les fois que le fibrome par son volume, son siège fait prévoir pour la femme des accidents possibles.

A partir de 1900, les règles d'asepsie se précisent, la technique chirurgicale se perfectionne, et les suites opératoires sont plus rassurantes du côté maternel et du côté fœtal.

Cette amélioration, semble-t-il, aurait dû séduire les chirurgiens et, par là même, le nombre des myomectomies s'élever.

En consultant les statistiques de Fontaine, on voit que cette opération est tentée plus rarement. De 1900 à 1913, on ne relève que 27 cas dont les résultats furent excellents. A part 2 cas, toutes les malades guérissent et les accouchements se firent à terme ou dans les environs.

Cette diminution dans le nombre des observations est probablement le fait des précisions apportées dans les indications de la myomectomie par la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Les chirurgiens n'opèrent plus que dans des cas précis. Et ces précisions deviennent de plus en plus nettes puisque Grosse, Burty, Jamain s'attachent dans leurs thèses à étudier les indications de la myomectomie pendant la grossesse.

A l'étranger, les avis sont partagés. C'est ainsi qu'en Russie, Grégorief, Karkouchine, Nejolor n'admettent pas la myomectomie ; Dimitri Ott prétend même que la myomectomie serait le principal facteur de l'avortement. Cependant Lembergsky, Jacobson, Jastremlesky appliquent facilement la myomectomie au traitement des fibromes compliqués de grossesse.

En Allemagne : Landau, Tauffer, Scipiades ne conseillent l'intervention que lorsque le fœtus est viable et lorsque la mère est sous la menace d'un accident grave et immédiat. Straz écrit, en 1905 : « La myomectomie

ne saurait être indiquée au cours de la grossesse que très rarement et encore on ne serait en droit de la pratiquer qu'après appréciation très attentive de toutes les circonstances particulières au cas de la gestation ».

En Amérique, les praticiens sont, pour la plupart, très interventionnistes. Cependant Ralph Waldo Lobenstine attend, avant d'opérer, l'apparition d'accidents graves et, quoique partisan de la myomectomie, il pense que son indication est assez rare.

Telle était la situation en 1914. Depuis, les observations deviennent moins rares et la myomectomie semble avoir pris un essor nouveau.

Nous ne pensons pas que cela soit dû à une fréquence plus grande du fibrome utérin. Et, à ce propos, nous ne ferons que mentionner l'hypothèse de la moins grande rareté des fibromes chez les primipares âgées, ces dernières ayant été rendues incontestablement plus nombreuses du fait de la guerre.

Ce point de vue a été soutenu par Baudot, dans sa thèse, qui a noté, depuis 1920, un chiffre proportionnel de fibromes plus élevé qu'avant 1914 : soit 13 p. 1.000 contre 7 p. 1.000 (statistique de Pinard) et 8 p. 1.000 (statistique de Brindeau).

Les raisons, qui nous paraissent les plus évidentes, tiennent surtout à ces deux facteurs : les progrès techniques de la gynécologie opératoire et surtout les plus grandes précisions apportées dans les indications et les contre-indications de la myomectomie pendant la grossesse.

A cette époque apparaît une nouvelle méthode de destruction des tumeurs. Elle semble devoir concurrencer

sérieusement le traitement chirurgical : c'est l'application des Rayons X et surtout du Radium.

Il était évidemment plus simple et plus élégant d'avoir recours à une thérapeutique externe, qui aboutit au même résultat que l'acte chirurgical, tout en évitant le choc moral et physique qu'une intervention ne manque pas d'apporter chez une parturiente.

Mais cette thérapeutique par les agents physiques ne donne pas tous les résultats que l'on espérait. Les échecs étaient nombreux et de plus cette méthode a un inconvénient sérieux : c'est, suivant l'aveu de Béchère lui-même : la stérilisation des ovaires avec sa conséquence, l'impossibilité de grossesses ultérieures.

Aussi J.-L. Faure, au 2^e Congrès des gynécologues et obstétriciens, en 1921, montre que « la myomectomie est de beaucoup préférable à la curiethérapie dans le traitement des fibromes chez les femmes jeunes ».

D'une façon générale il semble résulter, de cet exposé, que le fibrome n'empêche guère une grossesse d'évoluer normalement. Quant aux accidents qui peuvent survenir au cours de la gestation, ils sont heureusement rares et leur pronostic est d'autant moins redoutable aujourd'hui que, par une intervention chirurgicale bien faite, on peut en enrayer les dangers.

CHAPITRE II

Accidents provoqués par le fibrome au cours de la gestation

Une femme atteinte de fibrome va devenir enceinte. Comment va évoluer sa grossesse ? Quelles complications peuvent surgir ? Quel traitement devra-t-on instituer ?

Voilà les questions principales que se posera l'accoucheur ou le gynécologue.

L'expectative sera la règle de conduite, car il est reconnu depuis longtemps que la grossesse et le fibrome peuvent coexister sans retentir toujours l'un sur l'autre de façon fâcheuse, et « ce n'est — disent Ribemont, Dessaigues et Lepage — que lorsqu'on examine la femme dans les derniers temps de la grossesse et surtout au cours du travail, lorsque l'utérus en se contractant se dessine en relief, que l'on reconnaît l'existence de ces petites tumeurs, qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme particulier pendant le cours de la grossesse ».

Malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi ; et relativement souvent, les fibromes auront pour conséquences des complications de gravité variable que nous allons successivement passer en revue.

I. — Influence du fibrome sur la fécondation

Louis pensait que l'existence d'une tumeur fibreuse excluait la possibilité d'une grossesse. Levret combattit ces idées et fit admettre que les fibromes ne constituaient pas une cause absolue de stérilité ; fait que l'observation courante confirme tous les jours davantage. Pozzi fait remarquer très justement qu'il est impossible d'énoncer, en pareille matière, une règle générale. Tout dépend du siège et du volume du corps fibreux.

Ceux qui permettent le mieux la fécondation sont d'abord les fibromes sous-péritonéaux pédiculés, puis viennent ensuite les fibromes interstitiels ; quant aux fibromes sous-muqueux, ils empêchent presque toujours la nidation, à cause de l'endométrite concomitante.

En résumé nous dirons que si un fibrome peut-être une cause de stérilité, il n'en est pas moins vrai qu'il est compatible avec la grossesse ; c'est affaire de cas particuliers.

II. — Accidents provoqués par le fibrome au cours de la grossesse

Au point de vue obstétrical la classification des fibromes est basée à la fois sur leur siège anatomique et sur

l'évolution particulière des différentes parties de l'utérus pendant la grossesse.

En effet, à partir du huitième mois chez les primipares et à la fin de la grossesse ou même seulement pendant le travail chez les multipares, se développe entre le corps utérin et le col, une zone amincie, distendue, d'une souplesse parfaite, qui est le segment inférieur.

Aussi les accoucheurs distinguent-ils :

- a) *Les fibromes du corps ;*
- b) *Les fibromes du segment inférieur ;*
- c) *Les fibromes du col.*

On peut ajouter les fibromes inclus dans le ligament large et les polypes.

Ces tumeurs fibreuses ne se rencontrent pas toutes avec la même fréquence. Les fibromes du corps forment la grosse majorité, puis viennent ceux du segment inférieur ; ceux du col et du ligament large sont assez rares et les polypes exceptionnels.

Le fibrome peut ne pas être unique sur un même utérus. C'est ainsi que l'on peut relever dans les annales de gynécologie : des cas de deux fibromes, de trois, de quatre, de neuf et même des cas de fibromes multiples.

Leur volume est variable et peut aller de la grosseur d'un pois à celui d'une tête d'enfant.

Quelles sont les principales causes des accidents provoqués par ces masses fibreuses ? Elles sont dues à des modifications que subissent ces tumeurs sous l'influence de l'état puerpéral.

La coexistence des fibromes et de la grossesse entraîne, par le jeu de l'action réciproque, toute une série de modifications dans ces deux états. Ces modifications

sont tantôt d'ordre physiologique, tantôt pathologique. On peut même y ajouter une troisième classe, formée par les modifications de situation.

A. — MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

Il est généralement admis que les fibromes subissent, au cours de la grossesse, un accroissement plus ou moins marqué, surtout s'ils sont formés de fibres musculaires.

Cette augmentation de volume résulte de l'hypertrophie des fibres déjà existantes, de l'hypervascularisation, de l'hyperplasie, de l'infiltration œdémateuse. La consistance du fibrome devient en effet molle, souple et même dans certains cas, le raclage de la surface de section amène l'écoulement d'une certaine quantité de liquide séreux.

Ces phénomènes peuvent prendre, surtout dans les fibromes jeunes, une extension exagérée. On assiste alors à une hypertrophie aiguë, à la marche galopante des fibromes de Pozzi qui constitue un danger imminent pour la malade, par sa répercussion sur l'état général.

Heureusement il n'en est pas toujours ainsi et dans un bon nombre de cas l'augmentation de ces tumeurs reste modérée et constitue un incident plutôt qu'un accident.

Mais parfois, la tumeur exerce par son poids et son volume une pression marquée sur les organes du petit bassin et provoque des accidents.

1° TROUBLES DE COMPRESSION NERVEUSE

Ce sont assurément les plus fréquents, ceux que l'on rencontre couramment dans l'évolution des grossesses même normales.

Ils se traduisent par des douleurs parfois sourdes, parfois vives, tantôt continues, tantôt intermittentes.

Ces douleurs siègent dans la région hypogastrique ou abdominale et s'irradient vers le périnée, le sacrum, les régions lombaires, les membres inférieurs.

Elles s'exagèrent par la station debout, par la marche au point de la rendre impossible. Elles se calment généralement par le repos, le séjour au lit.

Ces douleurs ont pour cause la pression exercée par l'utérus gravide fibromateux sur les plexus lombaires ou sacrés.

2° TROUBLES DE COMPRESSION VEINEUSE

S'observent moins fréquemment que les précédents. La compression des troncs veineux du petit bassin peut se manifester par des varices au niveau des membres inférieurs, de l'œdème qui peut remonter assez haut sur l'abdomen.

Ici les seuls accidents à craindre sont : la thrombose et la phlébite.

3° TROUBLES DE COMPRESSION DES VOIES URINAIRES

Ils s'observent assez fréquemment et peuvent être de deux ordres :

a) *Compression de l'urètre.* — Ces troubles surviennent quand l'utérus est refoulé en avant par la tumeur, ou quand cette dernière est située à la partie antérieure

du segment inférieur et coïncée sous la symphyse pubienne.

Une autre étiologie peut être envisagée : le fibrome est en contact avec la vessie, il se produit une irritation qui amène une contraction réflexe du sphincter vésical.

Les symptômes sont bénins au début. La malade éprouve une dysurie légère avec pollakiurie.

Un degré de plus et la rétention vésicale s'établit. Tantôt elle est incomplète. Les symptômes précédents augmentent d'intensité. Après la miction la malade conserve le besoin d'uriner.

Tantôt elle est complète. La malade ne peut plus uriner. Il faut la sonder et alors apparaissent les menaces d'infection inhérentes aux cathétérismes.

b) *Compression des urètres.* — Ici les accidents sont plus sérieux et peuvent même parfois être une indication formelle d'intervention.

On observe une distension du bassin avec uronéphrose et, pour peu qu'il y ait de la cystite, l'infection ascendante et la pyélonéphrite s'installeront.

En outre, la rétention entraînera de l'albuminurie à un taux plus ou moins élevé et surtout une complication grave menaçant la vie de la mère : l'anurie.

4° TROUBLES DE COMPRESSION INTESTINALE

Ces troubles sont aussi très fréquents. La constipation est habituelle et lorsqu'il s'agit d'un gros fibrome pelvien comprimant le rectum, elle devient bientôt opiniâtre, rebelle aux lavements et aux purgatifs.

Le ventre se ballonne et finalement le syndrome de l'occlusion intestinale s'installe : douleur abdominale

très vive, nausées, vomissements alimentaires puis bilieux et enfin intestinaux, haleine fétide, visage pâle, traits tirés, arrêt des matières et des gaz.

Heureusement cette forme complète et aiguë est très rare. Habituellement la malade se plaint de constipation intense avec apparition de troubles digestifs et atteinte de l'état général.

5° TROUBLES DE RÉACTION PÉRITONÉALE

Quand la tumeur subit un accroissement rapide, elle fait apparaître des accidents pouvant revêtir l'allure d'une véritable péritonite ; les vomissements sont fréquents, le ventre est ballonné avec hyperhéstésie de la paroi, le pouls est rapide, la fièvre peut faire son apparition.

B. — MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES

a) *Dégénérescence œdémateuse.* — La trame du fibrome est remplie d'une exsudation qui, si elle devient abondante, peut dilacérer cette trame et former des sortes de kystes multiloculaires.

Ces kystes, par leur accroissement exagéré, peuvent donner lieu à ces accidents étudiés précédemment.

b) *La nécrobiose aseptique.* — C'est une complication qui se rencontre surtout chez les primipares du troisième au cinquième mois. C'est Cornil qui, le premier, a décrit ces lésions et qui leur a donné le nom de « *nécrobiose aseptique* ». La « *red dégénération* » des

auteurs anglais n'est qu'une des variantes ou des conséquences de la nécrobiose aseptique de Cornil.

C'est, au point de vue histologique, une altération des fibres lisses dont l'aboutissant est la nécrose totale. Fait important, cette nécrose est aseptique.

La cause en est simple pour les fibromes pédiculés. La vascularisation du fibrome est réduite. Elle se compose d'une seule artère centrale avec ramifications. Donc si un phénomène de compression ou d'étirement intervient sur le vaisseau, il en résulte l'ischémie et la nécrose.

Pour les fibromes sessiles, la cause est très discutée. On a invoqué toutes les causes pathologiques dont l'aboutissant serait l'ischémie artérielle nécessaire à l'établissement de la nécrobiose.

c) *La suppuration et la gangrène.* — Les germes pathogènes peuvent avoir pour point de départ une maladie infectieuse, une septicémie et se localiser sur le fibrome nécrobiosé, qui est de par lui-même, un point de moindre résistance.

Voyons maintenant les accidents provoqués par ces modifications :

La dégénérescence œdémateuse peut, comme nous l'avons vu, donner lieu à des accidents de compression. Mais, fort heureusement, ces accidents sont rares, car à ce moment le fibrome est imprégné de sérosité et ce ramollissement empêche souvent la dystocie.

Dans la nécrobiose les accidents sont plus sérieux. Le prélude est toujours caractérisé par une douleur persistante, plus ou moins intense, localisée au niveau du fibrome. Cette douleur s'exaspère par la palpation.

L'état général de la malade décline rapidement. La diarrhée fait son apparition et une température variable, irrégulière s'installe.

Si cette atteinte de l'état général persiste, deux grosses complications sont à redouter : l'accouchement prématuré et l'avortement.

On a encore signalé des troubles de compression ou de réaction péritonéale, toutes les fois que le fibrome subit un accroissement rapide et exagéré. D'après Leroux, d'autres complications seraient à redouter, ce sont : l'intoxication maternelle suivie d'avortement ou d'accouchement prématuré.

La suppuration et la gangrène sont les accidents les plus à craindre par leur gravité même et peuvent aboutir à une péritonite mortelle. Les symptômes observés sont ceux de la nécrobiose, mais plus accentués, plus dramatiques. L'état général est très rapidement atteint, la température subit les grandes oscillations caractéristiques des collections suppurées.

Fort heureusement ces accidents sont exceptionnels pendant la grossesse et s'observent plutôt durant les suites de couches.

C. -- MODIFICATIONS DE SITUATION

Le fibrome, au cours de la grossesse, subit des modifications de siège.

En général ce déplacement se fait de bas en haut, mais peut différer suivant le siège de la tumeur.

Est-elle placée au niveau du fond ? Elle se déplace avec lui. Siège-t-elle près d'une corne ? Elle tend à s'incliner du même côté. Quand le fibrome s'insère près du col, il se développe dans le Douglas.

Mais le principal déplacement se fait pendant la période terminale de la grossesse et surtout pendant le travail. Ce changement de siège se produit sous l'influence des contractions utérines et de l'amplification du segment inférieur.

Les gros fibromes — dont le volume dépasse celui du poing — sont généralement immobiles ou se déplacent peu.

Ce mouvement d'élévation spontanée de la tumeur est un phénomène capital. Sans lui, les fibromes prævia à situation pelvienne barrent la voie au fœtus et à ses annexes.

Cette évolution n'a que peu d'importance pour les tumeurs sous-séreuses du fond de l'utérus ; car elles ne sont généralement jamais une cause de dystocie. Malheureusement il en est tout autre pour les fibromes pelviens, qui parfois constituent un obstacle sérieux et même insurmontable à la bonne marche de l'accouchement.

Quels sont les accidents dus à cette absence de processus d'élévation ?

Ce sont : la rétroversion utérine et surtout l'incarcération de la tumeur.

C'est vers le quatrième mois qu'apparaissent les accidents dérivant de l'incarcération du fibrome. Ils débuts progressivement ou brusquement. Ce sont surtout des accidents de compression, rapides et redoutables.

Ils peuvent se porter sur la vessie, l'uretère, le rectum, les nerfs et les vaisseaux pelviens. Mais l'accident assez commun et non le moins grave en pareil cas, c'est l'avortement. A ce point de vue, l'évolution d'une grossesse compliquée de fibrome réserve d'heureuses surprises. On voit des tumeurs, enclavées dans le bassin, s'élever peu à peu, franchir le détroit supérieur et permettre ainsi à la grossesse d'évoluer normalement.

A côté de ces complications dues tantôt aux modifications physiologiques ou pathologiques, tantôt à la non-élévation du fibrome, il en est d'autres qui tiennent, à la forme, à l'implantation du fibrome.

TRoubles dus à la forme

Dans les fibromes sous-séreux pédiculés l'on a noté des torsions du pédicule, suffisantes pour déterminer des accidents sérieux.

Cette torsion s'observe surtout du deuxième au sixième mois de la gestation, particulièrement quand le pédicule est court et épais. Dans toutes les observations publiées elle s'est faite dans le sens des aiguilles d'une montre. Les accidents débutent brusquement. La malade est prise de crises douloureuses violentes abdominales avec irradiations lombaires. Elle présente des vomissements et de la constipation. L'abdomen est très sensible à la palpation. Son état général s'aggrave rapidement et l'intervention devient une nécessité.

TRoubles dus à l'implantation

Nous voulons parler ici des avortements et des accouchements prématurés.

On a remarqué que les avortements étaient surtout provoqués par les fibromes du corps et les accouchements prématurés par ceux du col. Cette constatation peut être expliquée par la théorie suivante : pendant les premiers mois de la grossesse, l'utérus se développe surtout aux dépens du corps ; donc si un fibrome se trouve dans cette région, il apportera une gêne à ce développement et, par suite, sera une cause d'avortement.

D'autre part, c'est seulement à la fin de la grossesse que la formation du segment inférieur a lieu. Si une tumeur existe à ce niveau, elle risque d'être le point de départ d'un accouchement prématuré.

Ces complications résultent : soit de l'action réflexe produite sur le muscle utérin par le fibrome qui joue ici le rôle de corps étranger, soit encore plus, des lésions de la caduque causées par la présence de la tumeur.

Nous ne voulons pas décrire tous les accidents provoqués par le fibrome au cours du travail, de l'accouchement, de la délivrance et pendant les suites de couches, ce qui dépasserait nettement le cadre de ce travail qui est limité à la myomectomie au cours de la grossesse, ce dernier terme fixant les limites au début du travail.

CHAPITRE III

Avantages de la myomectomie

Lorsqu'une intervention pour fibrome est indiquée en cours de grossesse, au point de vue théorique, il demeure évident que la myomectomie est une opération idéale. Elle permet l'énucléation de la tumeur tout en laissant la grossesse évoluer normalement.

En effet, les résultats de cette intervention montrent que, généralement, l'accouchement se passe normalement. Car la cicatrice laissée par la myomectomie est moins importante que celle de l'opération césarienne. De plus les contractions utérines, la dilatation du col, l'expulsion du fœtus, la délivrance, en somme toutes les diverses phases du travail se déroulent d'une façon régulière.

L'avortement et l'accouchement prématuré sont peu fréquents et l'on peut dire qu'après une myomectomie un accouchement normal est la règle, ainsi que nous pouvons le constater dans les observations : II, IV, V, VI, VIII.

De plus chez toute femme jeune, cette opération est supérieure à l'hystérectomie, car étant conservatrice au possible, elle laisse chez elle la perspective de grossesses ultérieures.

En effet, quel est l'avenir des femmes ayant subi une myomectomie ? Sont-elles facilement fécondées ? Et lorsqu'elles sont fécondées, comment évoluent la grossesse et l'accouchement ? Brindeau, dans son rapport au Congrès de Gynécologie de Bruxelles, répond à ces questions. Il cite des cas où des myomectomisées eurent des grossesses ultérieures normales. Benoit-Gonin, dans sa thèse passée en 1913, avait recueilli 67 observations après myomectomie donnant 80 % d'accouchements à terme. De plus, Mériel et Baillat ont montré « que la myomectomie conserve parfaitement les fonctions de reproduction et que les cas sont nombreux, à l'heure actuelle, d'enfants vivants, nés à terme chez des myomectisées. Mais à côté de ces avantages, il existe quelques inconvénients.

Inconvénients

Ils sont de deux ordres : ce sont tout d'abord les accidents immédiats survenant au cours de l'opération, puis les accidents tardifs s'échelonnant de quelques jours, jusqu'à parfois fort longtemps après la myomectomie.

1° ACCIDENTS IMMÉDIATS

a) *Shock opératoire.* — Ceci est inhérent à toute

intervention et la femme y est d'autant plus sensible que la grossesse la met en état d'anergie.

Il est bien certain que, dans les myomectomies ayant nécessité une décortication plus ou moins laborieuse, les accidents de shock ne sont pas rares. On a souvent, pendant les 48 premières heures, beaucoup plus d'inquiétude que dans une hystérectomie en raison de la pâleur de la malade, de la rapidité de son pouls et de son léger ballonnement abdominal.

Heureusement, la plupart du temps, ces symptômes s'amendent. Mais assez souvent aussi, les suites sont un peu plus troublées, avec de la fièvre ou même des complications pulmonaires ou vasculaires.

Il est certainement excessif, — nous entendons bien pour les myomes importants décortiqués, — de dire, comme Bonnet et Tuffier, que le choc est moins grave qu'après l'hystérectomie abdominale. Cela est certainement vrai pour des myomes pédiculés et faciles, mais c'est loin d'être une règle absolue.

Il faut cependant, comme Goullioud, rester optimiste et dans l'ensemble il a raison de dire que ses malades ont supporté admirablement l'opération.

b) *Hémorragies*. — Considérées par certains auteurs comme le principal reproche adressé à la myomectomie, elles ne sont pas fréquentes. Elles ne doivent pas exister pratiquement avec une technique correcte qui capitonne en plusieurs plans, si cela est nécessaire, la zone de décortication.

Dans aucune de nos observations, nous ne trouvons signalée une seule de ces hémorragies importantes, ni pendant l'opération, ni pendant les suites opératoires.

c) *L'ouverture de l'utérus*. — Cette éventualité ne pourrait se produire que dans les cas où l'on essaierait d'énucléer des myomes interstitiels volumineux dont une partie bombe dans la cavité utérine. Cependant Brindeau cite le cas d'une observation de Schockaert dans laquelle l'œuf fut mis à nu sur une largeur d'une pièce de cinq francs et la grossesse continua à évoluer.

Gaudier ouvrit largement la cavité utérine et aperçut une partie fœtale. Là encore la grossesse continua normalement.

Malgré tout on doit considérer l'ouverture de la cavité utérine comme un accident sérieux. Car elle peut avoir pour conséquence une grosse hémorragie, si le placenta est intéressé, une infection de l'œuf, un avortement.

Dans le cas où l'on n'osera pas faire courir à la malade les risques d'une hémorragie ou d'une infection utérine, on a proposé de compléter la myomectomie par une hystérectomie.

2° ACCIDENTS TARDIFS

a) Au premier plan nous citerons « *l'avortement* ». Le muscle utérin ayant été lésé, des hémorragies ayant pu se produire, une infection se déclarer, l'utérus peut réagir en se contractant prématurément.

Cette éventualité, quoique peu fréquente, est toujours à redouter. Nous la voyons se produire dans notre observation I.

b) *Les complications vasculaires* sont relativement fréquentes comme dans toute intervention sur l'utérus.

Cependant les auteurs ne sont pas d'accord sur l'im-

portance et la fréquence de ces complications vasculaires.

Pour les uns, elles sont plus rares que dans l'hystérectomie. Pour d'autres, c'est au contraire un danger réel de la myomectomie.

Il existe, au niveau de la zone de décortication du myome : de la dilacération des fibres utérines, des sutures qui contribuent elles-mêmes à créer des petits foyers de sphacèle; tous éléments favorables à la production d'embolies. Celles-ci peuvent revêtir soit le type de la grande embolie foudroyante, soit le type des petites embolies avec infarctus pulmonaires.

La phlébite, pour ces mêmes auteurs, serait souvent à redouter pour des raisons analogues. Il est bien difficile de se faire une opinion assurée. Il est probable qu'il s'agit de cas d'espèce. Lorsqu'il s'agit de ces myomes à peu près extériorisés du tissu utérin et si fréquents dans la grossesse, ces complications vasculaires sont réduites au minimum et beaucoup moins rencontrées que dans les myomes interstitiels nécessitant une énucléation laborieuse.

Dans aucune de nos observations nous n'avons trouvé signalé de ces complications vasculaires, ni phlébites, ni infarctus, ni embolie.

c) « *La récédive* » des noyaux fibromateux, signalée après l'opération, est une chose imprévisible qui ne peut entrer en ligne de compte. Le fibrome est une tumeur bénigne et vraiment sa récédive ne peut être une raison de discuter une intervention conservatrice idéale comme la myomectomie.

Elles ont été bien étudiées par Goullioud et, d'après ses statistiques, elles surviennent dans 8,47 % des cas. Elles se manifestent en moyenne dix ans après l'opération, ce qui malgré tout a l'avantage de donner à l'opérée dix ans de vie génitale normale.

Goullioud classe ces récurrences en : récurrences vraies, récurrences latentes et récurrences malignes.

Les récurrences vraies consistent en la formation, après une première extirpation, de nouveaux noyaux fibreux, donnant les mêmes symptômes que les précédents et nécessitant une nouvelle intervention.

Dans les récurrences latentes la malade ne ressent aucun symptôme fonctionnel ; mais l'examen révèle la présence d'un nouveau fibrome. Ici le traitement est inutile. Le plus souvent tout disparaîtra à la ménopause.

Les récurrences malignes ont une constitution histologique prouvant leur malignité. Ces tumeurs ont un accroissement rapide et sont volumineuses.

d) *La rupture de l'utérus*, au cours d'une grossesse ultérieure, est très rare. L'utérus ayant été lésé par l'extirpation d'un volumineux fibrome interstitiel, présente un tissu cicatriciel qui peut céder à l'occasion d'une nouvelle grossesse. Il n'y a que des observations exceptionnelles signalant une pareille éventualité ; et, dans presque tous ces cas, l'utérus avait été perforé lors de la myomectomie.

En résumé, la myomectomie est une opération qui présente sur l'hystérectomie des avantages sérieux et indiscutables, pour la double raison qu'elle permet ha-

bituellement la continuation de la grossesse et la possibilité de nouvelles gravidités.

Toutes les complications rares ou exceptionnelles ne peuvent être mises en balance avec ces avantages.

Moment de l'intervention

Evidemment, lorsqu'on se trouve en présence d'un accident aigu occasionné par un fibrome au cours de l'évolution d'une gravidité, il faut intervenir dès que le diagnostic est posé. C'est alors une opération de nécessité.

Par contre, lorsqu'il n'existe pas d'urgence on a cherché à préciser quel était le moment optimum de l'intervention : c'est l'opération de sécurité, conseillée en vue de parer à des complications éventuelles au cours de la grossesse et principalement au moment de l'accouchement.

Deux cas sont ici à considérer : la grossesse n'a pas encore dépassé le cinquième mois ou elle approche du terme.

Depuis le début de la grossesse jusqu'à cinq mois il existe une période qui paraît optimum pour les interventions. D'ailleurs il faut reconnaître qu'il est pratiquement bien rarement question de cette période optimum, puisque l'on a le plus souvent la main forcée par un accident urgent. Cependant un fibrome peut déterminer des accidents chroniques d'intoxication progres-

sive par compressions urinaires ou intestinales, il y a intérêt à ne pas trop attendre, puisque cette intoxication met en danger, non seulement la vie de la mère, mais encore celle du fœtus.

Il existe, d'autre part, un cas un peu plus spécial, qui peut soulever des discussions : c'est le cas d'un fibrome à siège pelvien et dont on prévoit qu'il déterminera, au moment de l'accouchement, des difficultés dans le travail.

Les accoucheurs, dans l'ensemble, préfèrent attendre ces difficultés et, si cela est nécessaire, pratiquer à ce moment la laparotomie et la césarienne.

Avec la technique opératoire actuelle bien réglée, avec le peu d'avortements consécutifs à l'intervention, le peu de risques qu'elle détermine pour la mère, on ne voit pas bien l'intérêt que présente une pareille attente. L'intervention au moment du travail est loin de présenter la même bénignité et M. Villard pense plutôt que, si vraiment la position du fibrome est telle, qu'il est bien certain qu'il restera dans le pelvis malgré l'ascension utérine et si son volume est tel que des difficultés sérieuses du travail doivent se produire, il vaut mieux à cette période optimum, intervenir pour enlever le fibrome par la myomectomie.

Sur un utérus de six à sept mois, la situation est différente. La durée de l'intoxication maternelle provoquée par les accidents du fibrome sera moindre et l'opération s'imposera donc avec moins de rigueur. On interviendra que devant des accidents menaçants.

Le moment de choix pour pratiquer la myomectomie est donc vers le troisième mois. A cette époque les acci-

dents sont peu marqués, l'état général de la femme n'est pas profondément altéré, l'opération est plus simple, l'avortement moins à redouter.

Mais cette date du troisième mois n'est pas d'une rigueur absolue, on peut très bien opérer sans des inconvénients beaucoup plus marqués pendant le quatrième et même le cinquième mois, ainsi que le montre l'observation V.

Indications proprement dites

Le fibrome est une tumeur bénigne par elle-même qui, en dehors de ses complications, n'exige pas de traitement chirurgical.

D'autre part, très fréquemment, la grossesse évolue normalement sur un utérus fibromateux : le fibrome subit des évolutions physiologiques particulières, tels que le ramollissement et l'ascension, qui l'empêchent de former un obstacle à la marche normale de l'accouchement.

Il est donc de très nombreux cas où l'intervention n'est pas à envisager : par exemple un fibrome plus ou moins pédiculé du fond utérin ou développé sur une face latérale ne s'accompagnant d'aucun trouble.

On voit souvent aussi un fibrome volumineux de siège dangereux, plus ou moins enclavé, faisant prévoir de graves complications au cours de la grossesse et de l'accouchement et qui, plus tard, évolue de telle

façon que la gravidité se poursuit sans le moindre incident.

Et ainsi que l'écrit Brindeau, dans son rapport au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles, en octobre 1929 : « Les choses se passent souvent parfaitement bien, alors qu'au début de la gestation on aurait pu craindre les pires catastrophes ».

Donc, avant toute intervention, il faut poser le principe que la myomectomie est une opération à indications limitées. Elle ne sera pratiquée qu'autant qu'elle sera commandée par des accidents souvent graves et rapides, mettant la femme en situation dangereuse, c'est alors une opération de nécessité ; ou bien conseillée en vue de parer à des complications éventuelles au moment de l'accouchement, c'est l'opération prophylactique.

Il s'agit donc de bien connaître les indications qui nécessitent cette intervention, et avoir toujours présent à l'esprit que, d'une façon générale, les complications entraînant une intervention chirurgicale sont rares et que la grande règle de conduite reste l'expectative.

On n'interviendra que devant des accidents sérieux, pouvant mettre en danger la vie de la mère et, par cela même, l'évolution favorable de la gravidité.

En pratique, deux cas peuvent se présenter : la grossesse et le fibrome évoluent sans accidents ou des accidents graves font leur apparition.

1°. FIBROMES ET GROSSESSE

C'est le cas le plus fréquent. Le fibrome subit, du fait même de la grossesse, des modifications de consistance et de situation qui le placent dans une condition telle

qu'il ne peut entraver en rien la marche normale de la gravidité.

Mais il est d'autres cas où, quoique la femme ne ressent le moindre trouble, l'examen révèle une position particulière et défavorable du fibrome, qui fait prévoir de graves complications au moment de l'accouchement.

Nous voulons parler ici des fibromes dont le siège très bas, sur l'isthme par exemple, fait prévoir que la tumeur ne suivra pas l'utérus dans son ascension, mais restera au contraire dans le pelvis. S'il est volumineux, il fait redouter une diminution suffisante des diamètres du bassin, pour gêner la descente fœtale.

De plus le travail peut être considérablement ralenti, de telle sorte que souvent la souffrance et la mort du fœtus s'ensuivent, et parfois même la mort maternelle par infection ou rupture utérine.

Un enclavement progressif du fibrome dans le petit bassin peut venir compliquer ce siège anormal et être la cause d'une dystocie pelvienne grave.

Cependant, par suite de la marche de la grossesse, le fibrome même enclavé peut sortir du petit bassin. Ce désenclavement peut s'observer dans les derniers mois de la grossesse, parfois au début du travail ou même au bout de plusieurs heures de contractions utérines.

En raison de cette possibilité les accoucheurs préfèrent attendre l'accouchement et intervenir à ce moment par une césarienne accompagnée d'une myomectomie, si des accidents se produisent.

Mais nous pensons, avec M. Villard, que si l'examen donne des présomptions de fibromes volumineux en

inclusion sous-péritonéale pelvienne, faisant prévoir de graves difficultés de l'accouchement, il est préférable d'intervenir dès que le diagnostic est posé. La myomectomie au cours de grossesse est plus bénigne que la césarienne au moment du travail et on ne voit guère à l'heure actuelle, l'intérêt qu'il peut y avoir à attendre les accidents.

2° AVEC ACCIDENTS

Dans ce cas les indications de la myomectomie relèvent de deux ordres : elles peuvent être tirées des complications provenant du côté du fibrome ou être d'ordre obstétrical.

1° INDICATIONS TIRÉES DES COMPLICATIONS INHÉRENTES AU FIBROME :

Ce sont les plus fréquentes et elles commandent le plus impérieusement l'intervention. Elles sont diverses :

a) *La nécrobiose aseptique*. — La malade se plaint d'une douleur persistante, intense, localisée au niveau du fibrome avec des irradiations dans la région lombaire, dans la région hypogastrique et dans les membres inférieurs.

Cette souffrance est exagérée par la palpation, par la station debout et par la marche au point de rendre cette dernière impossible.

De plus des signes généraux s'installent : la diarrhée et la fièvre. L'état général baisse rapidement.

b) *La torsion du pédicule*. — Ici les accidents sont brusques et rapides. La femme en état de grossesse, après un effort quelconque, le plus souvent au cours d'une défécation, ressent brusquement une vive dou-

leur abdominale avec irradiations lombaires. Des vomissements apparaissent, l'état général décline rapidement.

Cette torsion s'accompagne presque toujours de nécrobiose aseptique et parfois même de réaction péritonéale, dont les signes s'ajoutant aux précédents, sont une raison de plus pour une intervention urgente.

c) *La suppuration et la gangrène* de la tumeur sont aussi une indication d'urgence. Les signes sont ici plus menaçants et plus accentués que dans la nécrobiose aseptique. La malade présente tous les symptômes généraux qui accompagnent habituellement les grandes collections suppurées.

De plus, ces accidents sont le plus souvent accompagnés d'une réaction péritonéale intense.

d) *Les signes de compression* des organes contenus dans le bassin peuvent être aussi une indication opératoire.

La compression des plexus lombaires ou sacrés par le fibrome détermine un syndrome douloureux assez accentué dans la région abdominale ou hypogastrique avec irradiations dans les masses lombaires et dans les membres inférieurs.

La compression de la vessie ou du rectum est moins fréquente que la compression nerveuse. Elle est caractérisée par des signes de rétention urinaire plus ou moins marqués ou par une constipation rebelle accompagnée de troubles digestifs.

Ces phénomènes de compression sont surtout marqués dans le cas de fibrome enclavé. C'est surtout ce fibrome enclavé bascule dans le Douglas, que peut appa-

raître la rétention aiguë d'urine, accident grave si l'on tarde à y parer.

e) De toutes ces complications : la plupart, en dehors des compressions, revêtent donc l'allure d'un syndrome douloureux aigu abdominal, avec même parfois des signes fort nets de réaction péritonéale. Ce syndrome simule volontiers soit la *torsion d'un kyste ovarique*, erreur d'autant plus facile s'il s'agit d'un cas de fibrome pédiculé, soit même certaines lésions inflammatoires aiguës, telle que l'*appendicite*.

C'est souvent avec ces erreurs de diagnostic : kyste de l'ovaire tordu, appendicite grave de la femme enceinte, qu'on se décide à une intervention d'extrême urgence ; et ce n'est, que le ventre ouvert, qu'on trouve dans un fibrome pédiculé tordu ou encore sphacélé, la véritable cause du syndrome aigu abdominal.

C'est ainsi que dans nos observations IV, V, VI, VII, VIII on crut à un kyste de l'ovaire.

f) Enfin la présence d'un fibrome peut être la cause d'un *avortement à répétition* chez une femme qui ne présente, en elle, aucune autre cause d'interruption. On pratique la myomectomie et la femme peut voir ensuite ses grossesses évoluer normalement.

Ces cas sont très rares, mais ils doivent cependant être envisagés.

Telles sont les indications tirées des divers accidents qui peuvent entraver l'évolution d'une grossesse com- pendant et après le travail. Nous avons voulu limiter, avant tout, cette étude aux indications chirurgicales.

Ce sont celles que nous avons eu surtout en vue dans cette étude.

2° INDICATIONS OBSTÉTRICALES :

Nous ne voulons pas insister sur les indications d'ordre plus strictement obstétrical, qui peuvent être soulevées par les accidents, qu'un fibrome peut déterminer pendant et après le travail.

a) *Le fibrome prævia* constitue un de ces accidents qu'il faut envisager. Il est très rare, parce qu'un fibrome à évolution intracavitaire laisse peu de chances de fécondation ou, si elle se produit, il est certainement une cause favorisante d'avortement.

Cependant il a été signalé, il s'agit alors d'une femme à terme, avec un début de travail, une déviation du col, une non-formation du segment inférieur, une tête élevée et refoulée en haut. Le toucher permet de sentir que l'obstacle est constitué par un fibrome prævia. Tous ces signes réunis commandent une intervention.

Baudot conseille de faire précéder, dans ce cas, la myomectomie de la césarienne.

b) *La lenteur du travail* par arrêt des contractions utérines, le fibrome jouant le rôle d'écran.

Nous tenons à redire, combien cette myomectomie doit être considérée, dans la plupart des accidents dus au fibrome au cours de la grossesse, comme l'opération idéale. Qu'il faudra toujours se rabattre sur elle en évitant au maximum les opérations mutilatrices. Le chirurgien devra la pratiquer toutes les fois qu'il lui sera possible. Cette règle sera surtout observée et appliquée chez une femme jeune susceptible de pouvoir espérer de nouvelles grossesses. Il n'aura recours à l'opération radicale que dans quelques cas bien définis, et

encore faudra-t-il que ces cas se compliquent d'accidents
Ce sont :

a) *Le grand nombre et le volume des fibromes.* —
L'ablation complète de nombreux et gros fibromes interstitiels laisserait un utérus complètement dilacéré et totalement impuissant à mener à bien la suite des événements. De plus ces énucléations multiples augmentent les chances et la gravité des hémorragies.

b) *Le fibrome diffus.* — Lorsqu'on se trouve dans l'impossibilité de trouver la loge du fibrome, comme dans le cas de fibromatose plus ou moins massive.

c) *La coexistence du cancer et du fibrome utérins.* — Dans ce cas le chirurgien ne doit plus penser au fibrome. Seul le cancer a une importance.

Si le diagnostic de cancer et fibrome est posé au début de la grossesse, on pratique l'avortement, puis l'hystérectomie.

Si ce diagnostic est fait à une période avancée de la gravidité, on la laisse évoluer et, après accouchement, l'opération radicale est pratiquée.

Nous voyons donc que ces contre-indications à la myomectomie ne forment, pour ainsi dire, que des cas bien particuliers et bien définis. De plus, ils sont relativement rares, si bien que dans la plupart des cas observés, la myomectomie garde ses droits et peut être employée avec les plus grandes chances de succès.

CHAPITRE IV

Technique de la myomectomie

Nous savons que les fibromes peuvent occuper des sièges différents. Les voies d'accès varieront avec ce siège.

Pour les tumeurs du corps et du segment inférieur, il faut employer la voie abdominale. C'est d'ailleurs de beaucoup la voie la plus habituelle.

Pour les tumeurs du col, les polypes accouchés dans le vagin, les fibromes à évolution sous-muqueuse, la voie vaginale sera empruntée.

S'il s'agit d'un fibrome pédiculé du corps et tombé dans le Douglas ou d'un fibrome du segment inférieur bombant fortement dans un cul-de-sac, on peut discuter la voie transvaginale.

En outre, il est un fait remarqué et qui rend la myomectomie le plus souvent facile : c'est l'énucléation progressive et pour ainsi dire naturelle des myomes interstitiels se transformant ainsi en tumeurs pédiculées.

Soins préliminaires. — Ce sont ceux de toute laparotomie. Peut-être peut-on insister plus que normalement sur les injections sous-cutanées de morphine dans le but d'annihiler pendant et après l'opération des contractions intempestives de l'utérus et de diminuer ainsi les risques de l'avortement.

Myomectomie abdominale

Après l'incision médiane sous-ombilicale de la paroi, on recherche l'utérus et le fibrome, on les libère des adhérences qu'ils peuvent avoir contractées avec les organes, en particulier avec les anses intestinales. La tumeur est ainsi extériorisée et on recherchera son point d'implantation. La technique opératoire varie suivant que le fibrome est pédiculé ou sessile.

a) FIBROME PÉDICULÉ. — Le pédicule peut être mince ou volumineux. S'il est mince, souvent sa ligature serrée suffit à assurer l'hémostase lors de sa section. Si ceci est insuffisant, on pratiquera la suture des bords de la plaie. S'il est volumineux, on peut pratiquer une double section oblique dirigée vers le point d'implantation, de telle sorte qu'on obtienne deux lèvres qui, suturées, procurent l'hémostase complète ; ou bien on peut inciser circulairement le péritoine du pédicule à une distance de son point d'implantation variable avec sa grosseur, on décortique au doigt la tumeur en suivant son plan de clivage et on l'énuclée. On termine en assurant un affrontement exact des lèvres de l'excision,

b) FIBROMES SESSILES. — On pratique une incision au niveau de la tumeur de la séreuse et des couches musculaires superficielles. On recherche le plan de clivage et on décortique prudemment le fibrome de sa loge, puis on capitonne celle-ci par plusieurs points de catgut et on termine par une suture séro-séreuse.

Si le fibrome est intra-ligamentaire, on incise le ligament large parallèlement à la trompe sur une étendue en rapport avec le volume du fibrome. On le clive de l'enveloppe séreuse et du tissu sous-péritonéal qui l'entoure en évitant les vaisseaux utéro-ovariens et l'uretère.

La décortication terminée, on fait une hémostase soignée et très minutieuse des plus petits vaisseaux. On pratique un capitonage au catgut de la loge ligamentaire laissée par l'ablation de la tumeur.

Soins post-opératoires. — Ce sont ceux de toute intervention abdominale et de toute myomectomie. C'est dire qu'en raison des phénomènes de shock toujours possibles, la surveillance sera particulièrement attentive pendant les 48 premières heures :

Emploi des toni-cardiaques et de sérum en goutte à goutte rectal à haute dose.

Pour éviter l'avortement, on insiste sur la morphine, le laudanum et le chloral.

Même ces premiers jours passés, on n'aura toute tranquillité, en particulier dans les fibromes difficilement décortiqués, que lorsque la période des complications vasculaires, 15^e, 16^e jour, sera passée.

La myomectomie par voie abdominale est de beaucoup la plus fréquente.

Cependant on a préconisé d'autres voies, beaucoup plus rarement employées :

1°. LA MYOMECTOMIE TRANSVAGINALE OU OPÉRATION DE CZERNY. — Opération difficile où l'on n'a pas la sécurité d'une opération bien réglée, à ciel ouvert, comme dans la laparotomie. Nous pensons qu'elle ne peut se discuter que dans des cas exceptionnels, tels que : un fibrome enclavé du Douglas, ou lorsque les conditions locales ou générales rendent la laparotomie difficile.

Cette voie transvaginale dangereuse n'a plus de raison d'être à l'heure actuelle.

2°. LA MYOMECTOMIE VAGINALE qui s'impose d'elle-même dans certaines circonstances, par le siège même du fibrome.

Il est cependant exceptionnel que cette ablation par voie vaginale se fasse pendant le cours même de la grossesse, avant tout début de travail. Mais il est évident que, si un fibrome pédiculé fait saillie dans le vagin, on l'enlève par cette voie ; mais alors on fait plutôt une polypectomie qu'une myomectomie véritable. Les auteurs sont bien d'accord pour ne pas toucher, par contre, aux fibromes sessiles, qui ont tendance à bomber dans le vagin.

Résultats de la myomectomie

Au point de vue pratique, la myomectomie a donné des résultats excellents.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — D'après les statistiques de Brindeau, on note du côté maternel : 6 morts sur 34

cas, soit 4,3 %, et du côté fœtal : 133 myomectomies avec 121 grossesses ayant évolué normalement, soit 90 % de continuation de la grossesse.

Brindeau et Treub (1881 à 1904), Heineck (1920), Cotte et Creyssel (1905 à 1922), Labey (1924), donnent un total de 357 cas de myomectomie pendant la grossesse avec 15 décès, soit une mortalité de 4,2 %.

Si l'on rapproche ces statistiques de celles de J.-L. Faure sur l'hystérectomie, qui admet de 4 à 5 % de mortalité maternelle, on voit que les résultats sont identiques.

Comparons maintenant les résultats de la myomectomie vaginale et de la myomectomie abdominale.

La myomectomie vaginale est considérée comme facile et ne comportant aucune gravité pour la mère.

Les hémorragies qui furent signalées étaient dues à une infection coexistante au niveau de la plaie.

Cette ablation de polypes fibreux est presque sans retentissement sur l'évolution de la grossesse.

On a seulement signalé quelques avortements consécutifs à l'énucléation de fibromes interstitiels du col.

Car ici le col ayant été irrité par les manœuvres chirurgicales, des contractions utérines sont apparues et ont provoqué l'expulsion de l'œuf.

Chabbazian et Pestalozza rapportent 21 cas de myomectomie vaginale avec 19 guérisons.

La myomectomie abdominale est plus grave. Trois accidents peuvent mettre la vie de la femme en danger, ce sont : les hémorragies secondaires, l'infection et l'embolie.

Malgré cela les suites opératoires sont généralement bonnes.

En somme, on voit qu'au point de vue des résultats immédiats, la myomectomie n'est pas plus grave chez la femme enceinte que l'hystérectomie. Elle donne en outre de beaux espoirs de voir la grossesse continuer.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous envisagerons la question au point de vue de l'enfant et de la mère.

1° *Pour l'enfant.* — Dans quelques cas on peut observer l'avortement ou l'accouchement prématuré dû aux contractions utérines provoquées par la lésion chirurgicale.

2° *Pour la mère.* — a) *Les récidives* : Cette question a été traitée au chapitre des inconvénients de la myomectomie.

b) *Les grossesses ultérieures* : C'est un des résultats le plus appréciable de la myomectomie et c'est celui qui fait préférer celle-ci à l'hystérectomie. Car chez une femme jeune, il était décevant de songer qu'une intervention pour un myome utérin aboutissait à une stérilisation complète et définitive.

Maintenant avec la myomectomie le pronostic de fibrome est devenu relativement bénin et la femme peut conserver, malgré l'opération, tous ses espoirs pour des grossesses ultérieures.

De plus, M. Villard a publié des cas où un fibrome déterminait systématiquement l'avortement et excluait ainsi la maternité. Après l'ablation de la tumeur, les gravidités évoluaient normalement.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I

G..., 38 ans.

Entrée le 23 mai 1924, et venant du service de M. le Professeur Commandeur, où elle est entrée pour grossesse et tumeur abdominale.

Ces derniers temps, la malade a constaté une augmentation de volume de son ventre sans rapport avec la date de sa grossesse.

Mère morte de tumeur abdominale. Père mort d'érysipèle. Aucun antécédent.

Réglée à 13 ans ; règles parfois douloureuses, peu abondantes, durant 2 ou 3 jours, parfois irrégulières. Aucune perte dans l'intervalle des règles.

Les dernières règles datent de 4 mois 1/2, du 16 au 18 janvier.

Auparavant, la malade avait déjà perçu une masse dans son abdomen, du côté droit, mais cette masse ne la gênait pas.

Le développement plus rapide de l'abdomen date de 1 mois ; elle souffrait en urinant et consulta son médecin qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Elle souffre peu, éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Cette douleur se fait plus vive après la fatigue, les efforts. Elle n'a pas de troubles fonctionnels ; elle a présenté cependant de la dyspnée pendant quelque temps et de la pollakiurie, mais ces troubles cédèrent au repos.

La malade est habituellement constipée. Elle n'a pas maigri et conserve un bon **appétit**.

A l'examen. — Abdomen du volume d'une grossesse à terme, irrégulier.

La palpation fait sentir 2 tumeurs distinctes, toutes deux mates.

L'une siège à droite et s'étend du pubis jusqu'aux fausses côtes ; elle est cylindroïde, dure, tendue, résistante, d'une matité de bois. L'ombilic est étalé, à plat.

L'autre tumeur occupe la fosse iliaque gauche, elle est du volume de 2 poings environ, plus molle, fluctuante, donnant l'impression d'être constituée par du liquide. Cette masse persiste après cathétérisme vésical.

Les 2 tumeurs sont nettement séparées par un sillon. On sent 2 petits noyaux fibromateux sous la paroi.

Réflexes normaux.

Au cœur, souffle d'insuffisance mitrale se propageant dans l'aisselle.

Toucher vaginal. — Professeur Commandeur : « Le col est légèrement repoussé dans son ensemble du côté droit, sans déviation de son axe. On perçoit une masse bombant dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche et paraissant nettement se continuer avec la masse abdominale gauche.

Docteur Villard : « Col complètement ramolli, utérus refoulé en masse du côté gauche, animé de contractions. La masse droite paraît distincte de l'utérus dont elle est séparée par un sillon probablement d'origine ovarienne.

Intervention, 27 mai 1927 (Professeur Villard) : Laparotomie médiane. Volumineux fibrome de la corne uté-

rine droite (fibrome ovalaire du volume de 2 têtes fœtales accolées). Très légère réaction ascitique. Adhérences épiploïques sur le fibrome. Libération des adhérences, ablation du fibrome. Hémostase rendue laborieuse par la vascularisation de l'utérus gravide. Utérus paraissant du volume d'une grossesse de 5 mois (Professeur Commandeur), présentant sur sa face antérieure un noyau fibromateux sous-pubien de la grosseur d'une noisette, et 2 noyaux de dimensions semblables au niveau de la corne utérine droite. Fermeture de la paroi.

Le 28 mai 1924 : Brusquement, à 19 heures (malgré 0,04 cg. de morphine), expulsion en deux douleurs d'une fille de 3 mois 1/2 approximativement.

Les bruits du cœur ont été perçus pendant 10 minutes environ. La délivrance ne s'est pas faite malgré 1 gr. de quinine.

Le 29 mai 1924, à 11 heures, curage manuel rendu difficile par un enchâtonnement de la partie supérieure du placenta, au-dessus d'un anneau de contracture.

Injection iodo-iodurée utérine. Suites normales.

14 mai 1925. — Accouchement le 6 février 1926 d'un enfant de 3.070 gr. Accouchement spontané, normal, rapide. Très bonne paroi.

OBSERVATION II

L..., 30 ans.

La malade vient à la consultation le 3 juin 1926 pour douleurs dans le bas-ventre.

Réglée à 11 ans, régulièrement depuis. Mariée, n'a jamais eu d'enfant. A eu en 1919 une fausse couche (1 mois) suivie d'un curetage.

En décembre 1925, seconde fausse couche. Pas de suites. La malade a de nouveau ses règles en janvier

1926 et en février. Arrêt des règles en mars. Elle va voir son médecin qui diagnostique une grossesse et qui trouve déjà quelque chose d'anormal au niveau des annexes gauches.

En mai, la malade a présenté une petite hémorragie peu abondante.

Depuis 3 semaines, elle a ressenti des douleurs lancinantes occupant généralement tout l'abdomen, mais ayant un maximum d'intensité dans la fosse iliaque gauche. Ces phénomènes douloureux surviennent sans horaire fixe et ne sont pas calmés par le repos.

A l'examen. — Malade dont l'état général est bon. Pas de température. Pas d'amaigrissement.

Toucher vaginal (Professeur Villard). — Col nettement gravide correspondant à un utérus de 3 mois 1/2, et profondément dans le cul-de-sac latéral gauche, une tumeur.

Intervention le 5 juin 1926 (Professeur Villard). — Sur la face antéro-latérale de l'utérus gravide, on trouve un noyau fibromateux de la grosseur d'une mandarine franchement sous-péritonéal, rattaché seulement à l'utérus par le repli péritonéal et une couche musculaire extrêmement mince.

Ce noyau présente des traces d'inflammation antérieure sous forme d'adhérences péritonéales le rattachant à la vessie et à la paroi utérine, adhérences facilement libérées; énucléation de la zone d'infection.

Examen de la pièce. — Cet examen montre un noyau fibromateux peu vascularisé, de coloration ivoire, et constitué par de très nombreux tourbillons fibromateux donnant à la pièce l'aspect d'une circonvolution cérébrale.

Suites opératoires normales. La malade n'a présenté à aucun moment de menace d'avortement.

OBSERVATION III

B... Entrée dans le service le 8 octobre 1927.

La malade est envoyée par M. le Professeur Villard pour volumineuse tumeur annexielle droite infectée, consécutivement à un accouchement.

Antécédents. — Réglée à 13 ans 1/2, régulièrement depuis. Mariée à 24 ans. 1 enfant, pas de fausse couche. Quelques pertes blanches 2 à 3 mois avant l'accouchement. Accouchement le 8 septembre, normal. 6 jours après, la température monte à 39°9. Lochies un peu fétides. La malade se met à souffrir du côté droit. Application de glace sur le ventre. Ces jours derniers, la douleur devenant plus vive, la malade va consulter le Professeur Villard qui l'adresse dans le service.

A l'entrée. — Température entre 37 et 38. Bon état général. Mictions faciles, douloureuses.

A l'examen. — On constate une volumineuse tumeur presque du volume d'une tête d'adulte, développée à droite de la ligne médiane et remontant jusqu'aux fausses côtes. La tumeur ne descend pas dans le pelvis où l'on perçoit un col très mou, encore largement entrouvert ; le corps utérin est impossible à localiser. Tumeur de consistance très dure, fibreuse. Cette tumeur était très douloureuse à la pression il y a 2 jours.

Intervention le 11 octobre (Professeur Villard). — Incision médiane pubo-sus-ombilicale. On reconnaît de suite qu'il s'agit d'un gros noyau fibromateux développé au niveau du fond utérin, surtout à droite. L'aspect est franchement inflammatoire. Il existe en effet de solides adhérence très étendues à l'épiploon et au colon. En outre, toute la face postérieure du fibrome est intimement soudée au péritoine pelvien jusqu'au détroit supérieur.

Dans l'épaisseur de ces adhérences, existent plusieurs noyaux caséiformes, reliquats d'abcès en voie de ré-

sorption. Le décollement assez laborieux ouvre plusieurs de ces petites collections d'où suinte un liquide louche.

Le corps utérin paraissant libre, on pratique une myomectomie assez facile, mais qui ouvre largement la cavité utérine. Adossement des plaies musculaires par 4 points en U. Surget péritonéal. On termine par un Mikulicz.

Examen de la pièce. — Fibrome pesant 700 gr., en voie de sphacèle, présentant dans sa partie périphérique supérieure une nappe purulente en calotte. On enlève également un petit noyau isolé de la grosseur d'une noix.

Examen du pus : en culture, staphylocoque doré.

Les suites opératoires sont normales et très simples.

OBSERVATION IV

Mme P..., 31 ans.

La malade est envoyée par le service de la consultation avec le diagnostic d'utérus gravide et de tumeurs annexielles.

Réglée à 9 ans, jamais régulièrement. Mariée à 19 ans. 2 enfants, une fausse couche. Le dernier accouchement remonte à 8 ans environ. Enfants en bonne santé.

L'affection actuelle semble remonter à trois mois environ. La malade n'a jamais été bien réglée. Elle restait souvent 4 à 6 mois sans avoir ses règles, même après le mariage.

Il y a 3 mois, elle se plaignait de points douloureux sur les côtés du bas-ventre et fut obligée de s'aliter.

Depuis, ses règles ne sont pas revenues.

Cet état dura 2 mois environ et, il y a 3 semaines, elle eut des palpitations, des vomissements sans horaire fixe et les mêmes points douloureux. Toujours pas réglée. Pas de pertes blanches. Elle dut s'aliter de nouveau, et

consulter un médecin qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Examen de la malade. — Bon état général; pas d'amaigrissement. La malade se plaint toujours de douleurs dans le bas-ventre, principalement à gauche.

Les mictions sont faciles ; pas de constipation.

Toucher. — Col ramolli, entrouvert. Utérus nettement gravide.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse dure, peu douloureuse, ne faisant pas corps avec l'utérus.

Le col de l'utérus est refoulé à droite par une masse arrondie du volume d'une très grosse pomme de consistance dure occupant le cul-de-sac latéral. La tumeur, relativement fixe, ne peut être refoulée.

Le 23 octobre 1927, à un nouvel examen, on perçoit très bien l'utérus déplacé à droite et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Toute la partie gauche du pelvis est occupée par une masse arrondie du volume d'une tête fœtale, mobile, indépendante de la paroi utérine et paraissant constituée par un kyste de l'ovaire.

Le 25 octobre 1927, on intervient. Le Professeur Villard pratique une incision médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, on est surpris de voir un corps utérin gravide sans trace de tumeur pelvienne et notamment l'ovaire apparaît sain.

Ce n'est qu'à un examen plus attentif qu'on aperçoit d'une tumeur arrondie, de consistance molle, développée dans la base du ligament large. C'est seulement à ce moment qu'on se rend compte qu'il s'agit d'un *fibrome mou* développé au niveau de l'isthme. Enucléation assez facile en dehors et en bas, mais au niveau du bord utérin, on pratique une véritable myomectomie en entamant en certains points le tissu utérin. On fait attention le plus possible à l'uretère qui n'est pas vu, pas plus au contact de la tumeur que dans la fosse de l'excavation laissée par elle. Suture et capitonnage de la zone d'enucléation. Reconstitution du péritoine incisé. A la fin de

l'intervention, on se rend parfaitement compte que le noyau fibreux développé en-dessous du détroit supérieur et de la symphyse aurait été une cause grave de dystocie.

Examen de la pièce. — Poids : 200 gr. Fibrome mou, oedémateux.

Le 2 décembre 1927, la malade, qui va actuellement aussi bien que possible, a présenté, entre le 3^e et le 4^e jours, des douleurs qui ont fait craindre une contraction de l'utérus. Tout s'est calmé avec le traitement laudanisé.

Le 12 décembre 1927, la malade quitte le service en excellent état. Elle vient consulter pour sa grossesse, grossesse de 4 mois environ qui continue. Les bruits du cœur n'ont pu être perçus. La malade n'a pas ressenti de mouvements normaux de la grossesse.

OBSERVATION V

Mme F..., 37 ans.

La malade entre dans le service envoyée par le Docteur Vincent, le 25 juin 1928.

Réglée à 14 ans et demi, régulièrement tous les 28 jours. Ses règles duraient 4 à 5 jours, d'une abondance moyenne. Elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

Il y a 5 mois, arrêt des règles; la malade consulte le Docteur Loison qui diagnostique une grossesse au début.

Rien d'anormal ensuite lorsque, il y a 8 jours, la malade se met à souffrir brusquement dans le bas-ventre.

Le Docteur Vincent consulté pensa à un kyste de l'ovaire droit tordu et dirige la malade dans le service.

Examen de la malade. — Abdomen souple; on trouve

une masse à droite, grosse comme une tête de fœtus, semblant se poursuivre en bas vers le petit bassin.

Utérus en position médiane, et augmenté de volume.

Intervention par le Professeur Villard, assisté du Docteur Labry, le 29 juin 1928.

En raison du siège très latéral de la tumeur, on pratique une longue incision para-médiane droite, qui permet de découvrir dessous un volumineux fibrome sous-péritonéal implanté au voisinage de la corne droite, par une large base de 15 cm. sur 20 cm. de diamètre. Le pôle inférieur du fibrome plonge dans la paroi utérine.

Malgré la présence d'assez gros vaisseaux, on décide de pratiquer une myomectomie en raison de l'aspect du fibrome qui peut faire craindre des troubles.

On doit laisser en place de tout petits placards fibreux de la paroi et du voisinage de la base d'implantation. L'ablation de ceux-ci comporte trop de risques pour la paroi utérine et la continuation de la grossesse.

Myomectomie facile. Bon plan de clivage. Quelques gros vaisseaux saignent; on procède à la suture hémostatique de la cavité de décortication par un surjet. Ligature minutieuse des vaisseaux de la tranche de section. Surjet d'adossement et d'hémostase des lèvres de l'incision.

Fermeture sans drainage.

Examen du fibrome. — Poids: 1.500 gr.

L'examen montre que le décollement péritonéal a dû comprendre un tiers de la surface du fibrome.

A l'ouverture, il s'agit d'un fibrome postérieur en voie de nécrobiose avec plusieurs grandes cavernes contenant une bouillie rougeâtre et un liquide puriforme.

Suites opératoires. — Le 9 juillet, les suites immédiates sont légèrement fébriles. Résultat général bon avec quelques douleurs lombaires pouvant faire croire à un avortement. On administre de l'opium à haute dose. La

plaie tend à se désunir après ablation des agrafes, faisant craindre une éventration. Pansement à plat.

Le 13 août, il ne semble pas qu'on ait eu affaire à une éventration vraie, mais à l'étalement d'un hématome.

Cicatrisation à plat qui se fait dans de bonnes conditions. La grossesse évolue normalement et la malade quitte le service le 20 août 1928.

OBSERVATION VI

MM. R. Labry et H. Pigeaud

Mme Pa..., 42 ans.

A toujours présenté dans ses antécédents des troubles menstruels. Réglée à 21 ans, elle aurait toujours eu des menstruations très irrégulières et ne durant qu'à peine 24 heures.

Cette malade eut, le 5 décembre 1928, selon ses dires, un unique rapport sexuel qui fut suivi d'aménorrhée et de troubles vagues qui l'amènèrent à consulter en février 1929; le diagnostic de grossesse normale et certaine fut alors posé.

Le 1^{er} avril, la malade ressentit brusquement des douleurs abdominales violentes au niveau de la fosse iliaque droite, qui s'accompagnèrent de suite de réaction péritonéale et la firent entrer à la clinique obstétricale où elle fut dès lors suivie par M. le Docteur Pigeaud.

Le 4 avril, les signes péritonéaux s'accusent, la malade présente du ballonnement avec arrêt des matières et des gaz, et rétention d'urine; elle a des nausées incessantes.

Le toucher vaginal, combiné au palper, révèle alors un utérus gravide refoulé à gauche, et, à droite, une masse

gauche latéro-utérine assez ronde et haute dans la fosse iliaque. Cette masse est difficile à palper, car elle est très douloureuse et la contracture abdominale est intense à son niveau.

En présence de ces signes, le diagnostic probable de kyste de l'ovaire tordu est fait, et l'indication opératoire immédiate est posée. C'est dans ces conditions que cette malade passe à la clinique gynécologique, ayant alors une température à 38°8.

Intervention d'urgence, le 5 mai 1929 (Docteur R. Labry).

Laparotomie médiane sous-ombilicale: on trouve un liquide séreux dans le péritoine; les anses grêles sont rouges et distendues; on constate un utérus gravide de quatre mois environ flanqué à droite d'une masse du volume d'un poing, dure, violacée et bosselée, et que l'on prend à toute première vue pour une tumeur ovarienne. Il s'agit en réalité d'un myome sphacélique qui s'est pédiculisé légèrement puis tordu sur lui-même. On pratique alors la détorsion de ce myome et la section sur l'utérus du pédicule. Deux points en U réparent la brèche utérine pariétale.

Fermeture de la paroi en trois plans avec deux fils métalliques surajoutés par prudence étant donnée la grossesse.

Intervention simple et rapide n'ayant pas duré 15 minutes. Les *suites opératoires* furent d'ordre banal, avec seulement quelques coliques utérines et des douleurs lombaires pendant les trois jours ayant suivi l'opération, et qui furent calmées par la morphine. Les fils furent enlevés au 10^e jour, tardivement. La grossesse a depuis poursuivi son cours normal.

OBSERVATION VII

Mme B..., 22 ans et demi.

Envoyée par le Docteur Michon pour tumeur enclavée dans le Douglas chez une femme enceinte de deux mois et demi. Entre dans le service le 6 septembre 1929.

Réglée à 11 ans et demi; menstruations régulières depuis. Aucun antécédent pathologique.

Mariée depuis 3 mois. Les dernières règles remontent au 18 juin; elles ont été normales à cette date.

Au début de juillet, la malade ressent, après une marche assez longue ou lorsqu'elle se baisse, une douleur assez violente dans tout le bas-ventre, plus forte cependant à gauche. Tous ces phénomènes, qui ont légèrement empiré depuis le début de juillet, cessent rapidement par le repos.

A noter que, depuis le mois de juillet, la malade urine fréquemment, sans douleurs à la miction.

Pas de constipation; deux vomissements.

En résumé, ce sont les douleurs et l'oppression à la marche qui l'amènent à consulter.

Examen. — La malade est apyrétique. L'examen du cœur et des poumons est négatif.

Toucher vaginal. — Gros utérus refoulé en avant et un peu à droite par une masse postérieure de consistance dure.

Intervention (Docteur Michon), 7 septembre.

On intervient avec l'idée qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, étant donné l'âge de la malade.

Utérus gravide de 2 mois et demi; la tumeur du Douglas est non pas un kyste mais un fibrome du volume d'un poing, pesant 250 grammes. Extériorisation de l'utérus à la main.

Myomectomie assez facile. Arrêt de l'hémorragie par capitonnage. Suture correcte du péritoine avec enfouissement. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Le 8 septembre, au matin, la malade a 40° de température. Le pouls est à 150, bon, bien frappé. La malade présente une dyspnée considérable accompagnée de cyanose. A l'auscultation, on perçoit de gros râles bronchiques banaux.

Traitement d'usage: ventouses, sinapismes, quinze gouttes de digitaline. Camphre.

A 5 heures du soir, température à 41°. Pouls à 160; la malade commence à délirer; elle se lève.

On continue les toni-cardiaques; on applique de la glace sur la tête.

A 7 heures du soir, le délire est toujours intense. Cyanose et dyspnée considérables. Saignée de 200 grammes. Repos de 2 heures.

A 1 heure du matin, exitus.

A signaler que la malade avait bien uriné, n'avait pas saigné et avait le ventre souple.

OBSERVATION VIII

M... Jeanne. Entrée à l'hôpital le 26 mai 1930.

Malade âgée de 35 ans. Entre dans le service à la suite d'une consultation.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à 20 ans. Dans la suite, règles douloureuses et quelques retards de temps en temps, surtout depuis 5 ans.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Depuis un an, elle est soignée pour douleurs dans les jambes avec fatigue à la marche, sans œdème malléolaire le soir.

Le 8 janvier 1930, apparition des dernières règles. Depuis lors, la malade ressent quelques petits vertiges. Ses seins augmentaient de volume, étaient douloureux, et

pendant quelques jours, la malade perdit un peu de colostrum. C'est à l'occasion de sa grossesse que la malade consulta et que l'on découvrit une tumeur dans la région hypogastrique à gauche qui jusqu'alors n'avait donné qu'une irrégularité des règles qui étaient devenues douloureuses.

Depuis l'arrêt des règles, il n'y a eu ni douleurs, ni pertes rouges, ni autre signe anormal.

A l'entrée, malade en très bon état général.

L'examen montre un ventre volumineux. A droite, masse de consistance ferme mobile, montant jusqu'au niveau de l'ombilic. L'auscultation ne permet pas de percevoir les bruits du cœur fœtal.

A gauche, masse rénitente, difficile à délimiter, et qui semble être de la dimension d'une grosse orange. A ce niveau, la malade se plaint de crises douloureuses faisant penser à un kyste de l'ovaire subissant un phénomène de torsion.

Examen pulmonaire et cardiaque: négatif; pouls à 92.

Examen des urines: ni sucre, ni albumine.

27 mai: Intervention (Professeur Villard).

Petite laparotomie sous-ombilicale. La tumeur apparaît de suite plaquée sur la face antérieure et latérale gauche de l'utérus gravide. Elle est constituée par un petit fibrome mou, à 3 lobes, implanté sur un quart de sa surface, mais en quelque sorte énuclée par le fait du développement de l'utérus. Suture en un seul plan. Le poids de la tumeur est de 130 grammes.

19 juin. — Les suites opératoires ont été des plus simples, et la malade sort du service.

CHAPITRE VI

Conclusions

I. — Fibrome et grossesse peuvent évoluer sans se troubler réciproquement. La grande règle thérapeutique de l'abstention reste le plus souvent vraie.

II. — Des accidents peuvent cependant survenir. Ce sont :

- a)* La transformation du tissu fibromateux : gangrène aseptique, sphacèle, suppurations;
- b)* Les vices de position : siège de la tumeur dans le pelvis, faisant prévoir une difficulté dans le travail;
- c)* La torsion des fibromes pédiculés;
- d)* Les accidents de compression : veineuse, nerveuse,
- e)* La rétroversion irréductible.

III. — De toutes ces complications :

Les unes demandent un traitement chirurgical d'urgence indiscutable; ce sont :

- La torsion aiguë;
- La gangrène;
- Le sphacèle;
- Les compressions aiguës;
- La rétroversion irréductible.

Les autres posent des indications d'opportunité :

C'est le cas des fibromes bas situés en inclusion sous-péritonéale, déterminant un enclavement progressif, ou faisant simplement prévoir des difficultés sérieuses du travail, et qui sont considérés par les accoucheurs comme une indication d'abstention et de césarienne au moment du travail. Ils gagneraient sans doute à être traité par une myomectomie précoce.

IV. — Dans tous ces cas, l'opération idéale sera la myomectomie qui conserve l'utérus avec possibilité de grossesses ultérieures et qui, souvent, n'interrompt pas celle qui est en cours. Elle sera toujours préférée à toute autre intervention. Elle se fait le plus souvent par la voie abdominale classique. Elle est en général facile, puisqu'elle ne porte pas sur de gros myomes interstitiels, mais plutôt sur des myomes plus ou moins énucléés par l'action même de la grossesse sur le tissu utérin.

Pendant la grossesse la voie vaginale est exceptionnellement employée, — simple polypectomie plutôt que véritable myomectomie. — La voie transvaginale est une voie dangereuse qu'il faut rejeter à l'heure actuelle.

V. — Les résultats de la myomectomie sont excellents et ont élargi sensiblement les indications opératoires dans les fibromes compliquant la grossesse.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VILLARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 24 Novembre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

CHAPITRE VII

Bibliographie

Cette bibliographie comprend les derniers travaux parus durant la période 1921-1930. Pour la bibliographie antérieure, se rapporter à la thèse de Baudot.

- BARTHÉLÉMY. — Indications opératoires dans la nécrobiose des fibromes survenant au cours de la grossesse. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, n° 8, août 1929.
- BAUDOT (Charles). — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la puerpéralité. *Thèse de Nancy*, 1923-24.
- BAZAN. — A propos des fibromes prævia. *La Semana medica* (Buenos-Ayres), n° 22, 3 juin 1926.
- BÉRARD. — A propos du traitement des fibromes utérins. *Lyon Chirurgical*, n° 2, mars-avril 1924.
- BLASCO. — Considérations sur la grossesse dans les utérus fibromateux. *La Medicina ibera*, 7 mai 1927.
- BONNEY. — La myomectomie, traitement de choix des fibromes utérins. *The Lancet*, n° 5334, 21 novembre 1925.

- BRINDEAU. — Fibromes utérins compliqués de grossesse. *Journal de Méd. et de Chir. pratique*, 10 octobre 1925.
- BROOKE BLAND. — Myomes utérins et grossesse; leur nécrose. *Surgery, gynecology and obstetrics*, n° 3, mars 1925.
- CHALIER. — Myome rouge de l'utérus enlevé par myotomie. *Soc. de chirurgie de Lyon*, 30 octobre 1924.
- CHIFOLIAU. — A propos de la myomectomie. *Société nationale de chirurgie*, 22 février 1928.
- COTTE et CREYSSEL. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la grossesse. *Archives franco-belges de chirurgie*, juin 1924.
- DEVRAIGNE et DUCLAUX. — Myomectomie sur un utérus gravide de 3 mois. *Société des chirurgiens de Paris* 17 février 1928.
- DUCHET-SUCHAUX. — Grossesse et fibrome sphacelé. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 15 juin 1929.
- Grossesse et fibrome. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 17 mai 1929.
- DUCUING. — Comment il faut comprendre aujourd'hui le traitement des fibromes utérins. *Toulouse médical*, n° 22, 15 novembre 1923.
- DUJARRIER et HIDDEN. — Myomectomie suivie de gestation; accouchement normal. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*. 10 janvier 1927.
- DUJARRIER et RÉCAMIER. — A propos de la myomectomie. *Société nationale de chirurgie*, 25 avril 1928.
- FERGUSON. — Myomes utérins compliquant la grossesse. *The British medical journal*, 12 mars 1927.
- FIRKET. — Deux observations de fibromes utérins compliquant la grossesse. *Bruxelles médical*, n° 21, 21 mars 1926.

- FISCHMANN. — Fibromes pendant la grossesse. *Surgey, gynecology and obstetrics*. n° 3, septembre 1924.
- FORGET-URION. — La gestation chez les fibromateuses : accidents à dépister ; conduite à tenir. *La gynécologie*, octobre 1925.
- GILLES. — Myomectomie au 3^{me} mois de la grossesse. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*. n° 17-18, 18-25 septembre 1923.
- GOINARD. — Fibrome et grossesse ; myomectomie ; avortement consécutif. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, n° 19, octobre 1924.
- Sur les myomectomies. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, n° 6, juin 1928.
- GOULLIoud. — Quinze cas de grossesse après myomectomie abdominale. *Gynécologie et obstétrique*, n° 3 1924.
- Indications de la myomectomie, de l'hystérectomie et de la curiethérapie dans le traitement des fibromes utérins. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*. n° 23, 10 décembre 1924.
- Fibrome et grossesse. *Société nationale de médecine de Lyon. Lyon-Médical*, 1^{er} avril 1925.
- Dix-huit cas de grossesse après myomectomie abdominale. *Société nationale de chirurgie*, 9 mai 1928.
- Suggestions à propos de la myomectomie. *Société nationale de chirurgie*, 16 mai 1928.
- GROSSE. — Fibrome du segment inférieur enclavé pendant la grossesse. Phénomènes de compression. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, n° 6, juin 1921.
- Fibromes utérins et grossesse. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 14 mars 1927.
- HALLER. — Myomectomie sur l'utérus gravide. *Société des chirurgiens de Paris*, 2 mai 1924.

- KELLER. — Les dangers de la myomectomie. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, n° 6, juin 1929.
- LANOS. — Fibrome et grossesse. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 20 avril 1928.
- LAURENTIE. — Fibromes utérins et grossesse. *Vie médicale* 1924.
- LE LORIER. — Trois observations de fibromes praevia. *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Bulletin de la soc.*, n° 2, 1926.
- LEROUX. — La nécrose aseptique des fibromyomes durant la grossesse. *Bulletin médical*, n° 39, 23-26 octobre 1925.
- MASSON. — Myomectomie, hystérectomie et radiothérapie dans les fibromes utérins. *The journal of the américain médical association*, n° 19, 6 novembre 1926.
- MÉRIEL, BAILLOT et BRINDEAU. — Myomectomie au cours et en dehors de la grossesse. *Gynécologie et obstétrique*, n° 2, août 1929.
- MOCQUOT. — Les opérations conservatrices dans les fibromyomes de l'utérus : la myomectomie. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 février 1929.
- MUYLDER (DE). — Fibromes multiples et grossesses. *Le Scalpel (Bruxelles)*, n° 13, 19 janvier 1924.
- OSBORN-POLAK. — L'influence des fibromes sur la grossesse et l'accouchement. *Surgery, gynecology and obstetrics*, janvier 1928.
- PACAUD. — Des récidives après myomectomie abdominale. *Thèse de Lyon*, 1925.
- PATEL. — Fibrome et grossesse. *Soc. de chir. de Lyon*, 15 mars 1923.
- PAPILLON — A propos d'un cas de myomectomie large. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 17 juin 1927.
- Les traitements actuels des fibromes de l'utérus. *Journal de médecine de Paris*, n° 42, 20 octobre 1927.

- PETIT-DUTAILLIS. — Grossesses jeunes et fibromes. *Journal des praticiens*, n° 29, 16 juillet 1921.
- Pathogénie des fibromes utérins et indications actuelles de leurs traitements. *La gynécologie*, juin 1924.
- PLACINTIANU. — De la myomectomie pendant la puerpéralité. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, septembre 1927.
- PORCHER. — Grossesse avec fibrome simulant une grossesse gémellaire. *Journal des sciences médicales de Lille*, n° 11, 17 mars 1929.
- POZZI. — Traité de gynécologie, clinique opératoire.
- REEB. — Fibromes et gestation. *Gynécologie et obstétrique*, n° 2 et 3, avril 1921.
- ROULLAND. — Enucléation des fibromes au cours de la grossesse. *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 14 mars 1927.
- Enucléation des fibromes au cours de la grossesse. *La gynécologie*, février 1928.
- SCHOCKAERT. — Myomectomie pendant la grossesse. *Bruxelles médical*, n° 12, 17 janvier 1926.
- SPENCER. — Myome infecté compliquant la grossesse. *The British medical journal*, n° 3380, 10 oct. 1925.
- TEULIÈRES (Gaston). — Fibrome et grossesse. *Thèse de Bordeaux*, 1921-1922.
- VAUDESCAL. — Myomectomie au cours de la grossesse. *The British medical journal*, 3 novembre 1928.
- VIGNES. — Fibromes de l'utérus et gestation. *Le journal des praticiens*, n° 5, janvier 1921.
- VILLANDRE. — Myomectomie sur utérus gravide. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 16 mai 1924.
- VIOLET. — Diagnostic et traitement dans les fibromyomes utérins accompagnés de grossesse. *Lyon médical*, n° 29, 19 juillet 1925.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Historique.....	11
<i>Chapitre II.</i> — Accidents provoqués par le fibrome au cours de sa gestion.....	19
<i>Chapitre III.</i> — Avantages de la myomectomie	31
<i>Chapitre IV.</i> — Technique de la myomectomie	47
<i>Chapitre V.</i> — Observations	53
Conclusions.....	67
Bibliographie.....	71

